



**MODUL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH III
(NCA528)**

**MODUL 12
GANGGUAN SISTEM SARAF PUSAT: STROKE (PART II)**

**DISUSUN OLEH
ANITA SUKARNO, S.KEP., NS., M.SC.**

Universitas
Esa Unggul

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2020**

GANGGUAN SISTEM SARAF PUSAT: STROKE (PART II)

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memahami dan menjelaskan penatalaksanaan
2. Mengaplikasikan dan mempraktekkan evidence based practice
3. Menganalisa, mempraktekkan asuhan keperawatan gangguan sistem saraf pusat: stroke

B. Uraian dan Contoh

1. Penatalaksanaan

a. Terapi Medis

- ✓ Identifikasi awal stroke

Faktor penting dalam intervensi dan pengobatan awal pada stroke adalah identifikasi manifestasi stoke yang benar dan menentukan manifestasi awal serangan. Oleh karena manifestasi bisa berbeda berdasarkan lokasi dan ukuran infark, alat pengkajian standar, seperti *Acute Stroke Quick Screen* dan *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)*, dapat digunakan untukan untuk mengidentifikasi dengan cepat, sehingga klien bisa mendapatkan manfaat dari terapi trombolisis. Pengkajian harus lengkap dan akurat untuk memberikan data dasar untuk pengkajian selanjutnya. Penilaian kurang dari 5 dari skala angka 42 mengindikasikan stroke minor (Black & Hawks, 2014).

Pengkajian awal pada klien dengan dugaan stroke meliputi tingkat kesadaran, respons pupil terhadap cahaya, lapangan pandang, pergerakan ekstremitas, cara berbicara, sensasi, reflex, ataksia, dan

tanda-tanda vital. Data-data ini sering kali dicatat dan dinilai sebagai data tambahan dari informasi yang didapatkan pada pengkajian *Glasgow Coma Scale (GCS)*. Selain itu, jika terdapat monitor untuk tekanan intracranial, nilai tekanan dan bentuk gelombang awal harus dicatat.

Riwayat yang lengkap mengenai masalah yang menyertai dan juga riwayat kesehatan dan sosial terdahulu dapat memberikan data tentang penyebab stroke. Informasi ini juga bisa sebagai petunjuk penanganan stroke. Waktu onset manifestasi harus diketahui karena terapi trombolisis harus diberikan dalam waktu 3 jam setelah serangan awal. Riwayat hipertensi atau gangguan katup jantung biasanya dihubungkan dengan kejadian stroke.

✓ Mempertahankan Oksigenasi Serebral

Perawatan kegawatdaruratan klien dengan stroke termasuk di dalamnya adalah mempertahankan jalan udara yang paten. Klien yang tidak sadar harus dibaringkan ke bagian yang terkena stroke untuk meningkatkan penyaluran saliva dari jalan napas. Kerah baju harus dilonggarkan untuk memfasilitasi aliran balik vena. Kepala harus dielevasi, tapi leher tidak boleh tertekuk. Klien harus tetap dalam kondisi tenang dan bantuan personel gawat darurat harus segera dihubungi.

Pada saat klien berada di unit gawat darurat (UGD), jalan napas yang paten tetap dipertahankan dan oksigen diberikan. Jika klien memperlihatkan usaha ventilasi yang buruk, intubasi dan ventilasi mekanis mungkin dibutuhkan untuk mencegah hipoksia dan peningkatan iskemia serebral. EKG dilakukan untuk mengkaji adanya gangguan pada jantung, seperti fibrilasi atrium, yang bisa meningkatkan risiko terjadinya stroke embolik. Tekanan darah juga harus diperiksa dan hipertensi bisa

diturunkan dengan vasodilator. Berhati-hati lah saat menangani tekanan darah, karena menurunkan tekanan darah terlalu rendah bisa menurunkan tekanan perfusi serebral dan meningkatkan iskemia serebral. Hasil tes laboratorium untuk hematologi, kimia, dan koagulasi dibutuhkan untuk menyingkirkan kondisi yang mirip stroke dan untuk mendeteksi gangguan perdarahan yang bisa meningkatkan risiko perdarahan selama terapi trombolisis.

✓ **Memperbaiki Aliran Darah Serebral**

Klien dievaluasi sebagai kandidat untuk terapi trombolisis pada saat tidak terjadi lagi perdarahan interserebral. Tujuan dari terapi trombolisis adalah membuat kembali saluran (rekanalisasi) pada pembuluh darah yang tersumbat serta mengembalikan perfusi ke jaringan otak yang iskemik. Agen trombolisis adalah activator plasminogen eksogenous yang bisa melarutkan thrombus atau embolus yang menyumbat aliran darah serebral. Klien yang menerima activator rekombinasi jaringan plasminogen *recombinant tissur plasminogen activator* [rt-PA]) dalam waktu tiga jam dari waktu serangan awal stroke, maka sebesar 30% lebih mempunyai kesempatan untuk terhindar dari kecacatan atau hanya menderita cacat minimal yang disebabkan oleh stroke iskemik akut dan mengurangi risiko kematian.

Pengobatan harus dilakukan dengan segera setelah klien ditentukan untuk menjadi kandidat untuk rt-PA. Dosis untuk rt-PA untuk stroke iskemik akut adalah 0,9 mg/kg diberikan secara intravena selama satu jam. Sepuluh persen dari total dosis diberikan per-bolus selama satu menit sebelum memulai pemberian dosis intravena. Durasi aksi pengobatan adalah sekitar 5-7 menit. Setelah terapi trombolisis, klien

akan dimasukkan ke ruang ICU untuk monitor tekanan darah, status neurologis dan perdarahan yang lebih intensif.

Rasio risiko-keuntungan untuk penggunaan terapi trombolisis ini harus dipertimbangkan pada populasi klien tertentu. Keputusan untuk melanjutkan pemberian terapi ini atau tidak berfokus pada beberapa faktor, seperti usia klien, keinginan klien, adanya gangguan lain dan tingkat keparahannya, keparahan stroke yang dialami, serta berapa lama waktu yang hilang sejak terjadinya infark. Risiko terjadinya perdarahan intraserebral setelah rt-PA lebih besar peluangnya terjadi pada klien yang memiliki tanda-tanda awal infark mayor pada CT scan. Klien yang memiliki penurunan neurologis yang parah pada pemeriksaan (NIHSS > 22) berpeluang meningkatnya risiko perdarahan intraserebral dan hasil yang buruk.

Saat ini pengobatan untuk hampir semua klien dengan daerah infark yang besar atau perdarahan intraserebral yang luas adalah perawatan dengan dukungan (*supportive care*).

✓ Pencegahan Komplikasi

Perdarahan

Setelah pemberian rt-PA, klien dimonitor untuk potensi komplikasi dari rt-PA, yang dapat meliputi dalam perdarahan intracranial dan perdarahan sistemik. Pada studi awal mengenai rt-PA pada stroke iskemik akut, perdarahan intracranial terjadi pada 6,4% klien dalam waktu 36 jam pertama setelah tindakan pengobatan. Perdarahan intracranial menjadi penyebab kematian lebih besar dari 50%. Semua perdarahan intracranial yang fatal terjadi dalam waktu 24 jam pertama setelah tindakan. Penyebaran gumpalan dari perdarahan intracranial bisa merusak

jaringan otak. Tekanan dari gumpalan tersebut juga mengganggu aliran darah dan menyebabkan iskemia tambahan. Peningkatan tekanan intracranial (TIK) terjadi karena gumpalan darah memenuhi ruang dan sekeliling jaringan edema iskemia, serta dapat mengarah kepada kondisi isi intracranial berpindah melewati garis tengah, kemungkinan terjadi hernia pada batang otak, dan kematian. Untuk menurunkan risiko terjadinya perdarahan intracranial atau sistemik, pemberian obat antikoagulan dan antiplatelet tidak direkomendasikan sampai 24 jam setelah pemberian rt-PA. penatalaksanaan dengan mengontrol ketat tekanan darah adalah satu-satunya tindakan yang paling penting untuk mencegah perdarahan intracranial setelah trombolisis. Pemeriksaan tanda-tanda vital dan neurologis yang rutin merupakan hal yang penting untuk mencegah hipertensi dan mendeteksi manifestasi perdarahan intracranial. Hipertensi sering kali menyertai stroke iskemik akut. Oleh karena itu, tekanan darah biasanya tidak akan ditindaklanjuti kecuali meningkat menjadi 185/105 mmHg. Lebih lanjut lagi, nilai tengah tekanan arteri harus diturunkan tapi tidak melebihi dari 10% dan diturunkan secara perlahan. Hal ini untuk menghindari terjadinya hipoperfusi dan memperburuk iskemik serebral.

Perdarahan intracranial harus dicurigai jika klien memiliki keluhan yang baru seperti sakit kepala, mual, dan muntah atau perubahan tingkat kesadaran secara tiba-tiba. Perdarahan intracranial harus diasumsikan dengan memburuknya fungsi neurologis yang akut sampai asumsi tersebut dapat disingkirkan dengan pemindaian CT (CT scan). Jika rt-PA masih sedang diberikan, infuse tersebut harus dihentikan. Pemeriksaan darah lengkap, nilai koagulasi, serta tipe dan silang padan darah akan

dialkukan. Jika pada pemeriksaan pemindaian CT kepala ditemukan perdarahan intracranial, maka plasma beku segar dengan fibrinogen atau *cryprecipitate* diberikan untuk memperbaiki koagulopati.

Perdarahan sisemik juga bisa terjadi sebagai komplikasi dari rt-PA. Manifestasi klinis termasuk seperti perubahan tingkat kesadaran, takikardia, hipotensi, keringat dingin, dan kulit pucat. Terapi trombolisis bisa dihentikan bergantung pada bagian dan parahnya perdarahan.

PEMANTAUAN KRITIS

Manifestasi yang Mengindikasikan Perubahan Akut dalam Perfusi Serebral

- ✓ Tekanan intracranial lebih besar dari 15 mmHg tetap berlangsung selama 15 sampai 30 detik atau lebih lama.
- ✓ Tekanan perfusi serebral kurang dari 70 mmHg
- ✓ Penurunan nilai GCS sebanyak dua poin atau lebih dari data dasar
- ✓ Penurunan tingkat kesadaran
- ✓ Nilai rata-rata tekanan arterial kurang dari 80 mmHg atau tekanan darah sistolik kurang dari 100 mmHg
- ✓ Bradikardia
- ✓ Gangguan pola napas
- ✓ Kehilangan respon pada stimulus nyeri
- ✓ Perubahan ukuran pupil atau respon terhadap cahaya
- ✓ Sakit kepala
- ✓ Muntah
- ✓ Fleksi abnormal atau postur ekstensi

Edema Serebral

Peningkatan TIK adalah komplikasi potensial dari stroke iskemik yang luas. Peningkatan TIK juga merupakan komplikasi potensial untuk perdarahan intraserebral, baik merupakan kondisi utama maupun sekunder dari terapi trombolisis. Manifestasi dari peningkatan TIK termasuk seperti perubahan tingkat kesadaran, reflex hipertensi, dan perubahan neurologis yang memburuk. Monitor secara invasive pada TIK dilakukan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran yang memiliki kondisi berisiko tinggi mengalami peningkatan TIK. Semua klien dibaringkan dengan kepala ditinggikan 30 derajat untuk menurunkan TIK dan memfasilitasi aliran vena. Idealnya pada klien dengan monitor TIK, derajat ketinggian kepala didasarkan pada respon TIK klien.

Drainase *ventrikulostomi* eksternal terkadang digunakan untuk menurunkan tekanan akibat akumulasi cairan cerebrospinal (CSS). Lubang dibuat di bagian tempurung kepala dan selang dimasukkan ke dalam ventrikel lateral untuk bisa mengontrol drainase dari CSF. Tekanan darah dipantau dengan ketat. Tujuannya adalah untuk mempertahankan kadar tekanan darah yang cukup rendah untuk mencegah terjadinya stroke lain atau perdarahan tanpa menurunkan perfusi serebral. Klien mungkin tetap membutuhkan ventilasi mekanis dan hiperventilasi untuk menurunkan TIK. Manitol, semacam diuretic osmotic, membantu dalam menurunkan peningkatan TIK. Tindakan pembedahan untuk mengeluarkan hematoma intraserebral mungkin dilakukan. Peningkatan TIK, herniasi pusat, dan perdarahan pada batang otak dapat menyebabkan kematian karena penekanan pada pusat vital di medulla, yaitu kegagalan batang otak.

Kontrol Gula Darah

Hiperglikemia yang berat dapat mengarah kepada hasil yang diharapkan buruk dan menurunkan perfusi pada otak selama trombolisis. Bahkan pada klien nondiabetic tidak boleh diberikan glukosa cairan per intrvena (IV) secara berlebihan.

Stroke Berulang

Kejadian stroke berulang dalam empat minggu pertama setelah stroke iskemik akut berkisar antara 0,6-2,2% per minggu. Risiko antikoagulasi termasuk perdarahan intracranial, perdarahan sistemik, dan kematian. Oleh sebab itu, penggunaan heparin pada semua klien dengan stroke iskemik akut secara umum tidak lagi direkomendasikan. Heparin diindikasikan untuk mencegah stroke berulang pada klien yang berisiko emboli kardiogenik. Pada awalnya heparin yang tidak terfraksinasi diberikan secara IV dengan dosis berdasarkan berat bada klien, dan kemudian warfarin diberikan secara oral.

Heparin IV diberikan dengan pompa infus untuk pemberian yang akurat dan aman. Monitor waktu pembekuan merupakan hal yang penting untuk mendeteksi adanya antikoagulasi yang berlebihan, yang bisa meningkatkan risiko perdarahan. Aktivasi aPTT (*activated partial thromboplastin*) harus 1,5 sampai 2,5 kali control agar antikoagulasi menjadi efektif.

Setelah tingkat antikoagulasi yang terapeutik dicapai dengan terapi heparin, pemberian warfarin dimulai. Oleh karena warfarin memiliki durasi aksi obat yang lama, dokter melakukan terapi warfarin ketika klien

sedang menerima IV heparin. Pada saat klien sudah mendapatkan respon terapeutik dari heparin, dalam waktu 24 sampai 48 jam, dokter akan menghentikan heparin dan melanjutkan terapi warfarin. Rasio terapeutik dari *International Normalized Ration* (INR) untuk profilaksis terhadap embolisasi kardiogenik adalah 2,0 sampai 3,0. Klien yang menerima terapi antikoagulasi harus dikaji akan adanya lebam, hematuria, darah pada feses, perdarahan pada membrane mucus, dan serangan baru sakit kepala atau sakit kepala yang memburuk.

Risiko jangka panjang dari stroke berulang adalah 4% sampai 14% per tahun. Agen antiplatelet, termasuk aspirin, tiklopidin, pemberian dipiridamol dan aspirin yang diperpanjang serta klopidothrombolisis, menurunkan risiko stroke sekunder. Agen antiplatelet menghambat fungsi platelet/trombosit untuk menurunkan risiko pembentukan thrombus. Pemilihan agen antiplatelet berbeda secara individual, bergantung pada riwayat medis klien.

Aspirasi

Klien dengan stroke akan berisiko mengalami aspirasi pneumonia yang merupakan penyebab langsung kematian pada 6% klien setelah stroke. Aspirasi paling sering terjadi pada periode awal dan dihubungkan dengan hilangnya sensasi faringeal, hilangnya control motoric orofaringeal, dan penurunan tingkat kesadaran. Pemberian makanan dan minuman secara oral biasanya ditunda sampai 24 sampai 48 jam.

Jika klien tidak dapat makan dan minum setelah 48 jam, lakukan pemberian makan/minum dengan cara alternative misalnya dengan selang makanan atau melalui IV (hiperalimentasi). Pada saat

mekanisme menelan sudah kembali normal, klien dapat diberi makan secara oral. Program pemberian makan yang bertahap pada klien dengan disfagia bergantung pada tingkatan kemampuan menelan dari klien tersebut.

Potensial Komplikasi Lainnya

Komplikasi lain dari stroke terutama bergantung pada lokasi lesi atau jaringan yang terkena (infark). Jika batang otak yang terkena (infark). Jika batang otak yang terkena, tekanan darah menjadi fluktuasi, pola napas terganggu, dan disritmia jantung semuanya bisa terjadi. Cedera fisik bisa terjadi berhubungan dengan ketidakmampuan klien untuk menyadari keterbatasannya. Komplikasi dari imobilitas juga bisa terjadi.

Koma bisa terjadi setelah stroke dengan beberapa penyebab. Suplai darah ke batang otak atau ke sistem aktivasi retikularis yang mengontrol kesadaran, mungkin secara langsung tersumbat. Demikian pula pada struktur bagian dalam dari thalamus yang menerima dan menyampaikan informasi ke korteks serebral bisa terlibat dalam kondisi ini. Sumbatan vascular dari arteri karotis internal atau pada salah satu cabang utamanya bisa juga menurunkan tingkat kesadaran. Terkadang edema serebral yang terjadi setelah stroke bisa mengakibatkan pergeseran posisi garis tengah otak, yang mengakibatkan koma.

Hipertemia diatasi segera dengan antipiretik. Peningkatan suhu tubuh mengarah kepada peningkatan kebutuhan metabolisme serebral, yang bisa mengakibatkan terjadinya edema serebral dan peningkatan risiko terjadinya iskemia serebral. Antipiretik diberikan, dan selimut hipotermia atau kantung es diberikan untuk menurunkan suhu tubuh jika

dibutuhkan. Namun, hindari klien menjadi menggigil, karena menggigil akan meningkatkan konsumsi oksigen dan TIK. Jika kejang terjadi, maka bisa berikan fenitoin (Dilantin).

Stroke yang disebabkan oleh penyakit sumbatan (misalnya, thrombus, embolus) jarang menyebabkan kematian. Ketika stroke yang terjadi adalah fatal, kematian mungkin terjadi antara 3 sampai 12 jam, tapi lebih sering terjadi antara 3 sampai 12 jam, tapi lebih sering terjadi antara 1 sampai 14 hari setelah episode yang pertama. Secara khusus, dengan semua jenis tipe stroke yang fatal, peningkatan suhu tubuh, denyut jantung, dan rata-rata pernapasan terjadi bersamaan dengan koma dalam beberapa jam atau hari sebelum kematian. Manifestasi ini terjadi sebagai hasil dari kerusakan pada vasomotor dan pusat pengaturan panas.

✓ Rehabilitasi Setelah Stroke

Sejak dari serangan awal stroke, intervensi ditujukan untuk perbaikan fisik dan kognitif klien. Usaha premobilisasi lebih awal bertujuan untuk mencegah komplikasi penurunan neurologis dan imobilitas. Setelah beberapa hari pertama dari kejadian akut, edema serebral biasanya mereda dan gejala sisa gangguan dari stroke bisa diidentifikasi. Klien dengan stroke dan keluarganya akan menghadapi kesulitan dalam penyesuaian setelah fase akut berlalu dan kecacatan terlihat jelas.

Pada pemikiran yang lalu dikatakan bahwa kerusakan yang terjadi pada sistem saraf pusat (SSP) tidak dapat diperbaiki. Sekarang sudah terbukti, bahwa bahkan pada orang dewasa yang terkena cedera otak yang signifikan bisa melakukan kegiatan belajar kembali. Hal yang sangat penting diingat bahwa kegiatan belajar kembali harus sesegera

mungkin dilakukan setelah kejadian cedera. Rehabilitasi sejak dini memungkinkan kegiatan pembelajaran kembali ini bisa terjadi. Tingkat keparahan stroke pada klien akan berpengaruh kepada lamanya waktu yang digunakan untuk mengembalikan fungsi tubuh.

✓ Fisioterapi

Perugas fisioterapi membantu klien membangun kekuatan dan mempertahankan rentang gerak (*range of motion* [ROM]) dan tonus otot di bagian otot yang tidak terkena stroke. Fisioterapi juga membangun ROM dan tonus otot di bagian otot yang tidak terkena stroke. Fisioterapi juga membangun ROM dan tonus serta melatih kembali otot yang terkena stroke. Klien juga melatih keseimbangan dan keterampilan untuk kemampuan merasakan posisi, lokasi dan orientasi, serta gerakan dari tubuh dan bagian-bagiannya. Hal ini bisa memungkinkan klien, dengan adanya peningkatan yang berlanjut, untuk duduk pada ujung tempat tidur dan pada akhirnya berjalan. Latihan keterampilan mobilitas di tempat tidur diajarkan di tempat tidur klien, seperti juga mobilitas dengan kursi roda dan berpindah. Klien yang mungkin terbantu dengan menggunakan kaki palsu akan diidentifikasi dan diajarkan bagaimana memasang dan melepaskannya. Klien dengan hemiplegia biasanya bisa berjalan dengan menggunakan alatbantu berjalan setelah berlatih memakainya.

✓ Terapi Okupasi

Ahli terapi okupasi bekerja dengan klien untuk mempelajari kembali pada aktivitas sehari-hari (*activities of daily living/ ADL*) dan untuk menggunakan alat bantu yang bisa meningkatkan kemandirian.

✓ Terapi Bicara

Ahli patologi bicara bekerja sama dengan klien untuk membantu perkembangan penyembuhan bicara dalam jumlah maksimum melalui belajar kembali, penekanan pada bunyi bicara atau penggunaan alat komunikasi alternate. Ahli patologi bicara juga mengkaji mekanisme menelan klien dan membuat rekomendasi untuk inisiasi dan kemajuan makan serta minum untuk menurunkan risiko aspirasi.

b. Manajemen Bedah

Beberapa kriteria digunakan untuk mengidentifikasi kandidat evakuasi hematoma dengan segera pada stroke hemoragik. Klien yang paling mungkin mendapatkan manfaat dari pembedahan adalah yang berusia kurang dari 70 tahun, bisa membuka mata mereka dan mengikuti perintah, memiliki peningkatan TIK (>30 mmHg), atau dengan kondisi yang secara neurologis memburuk dengan sangat cepat. Klien dengan sumbatan darah yang besar yang sudah diangkat sering bisa sembuh dengan porsi bicara yang substansial. Pembedahan biasanya tidak dilakukan pada klien dengan perdarahan di bagian struktur bagian dalam serebral seperti pada basal ganglia atau thalamus.

Kebanyakan terapi bertujuan untuk menurunkan peningkatan TIK. Pembedahan juga dilakukan pada beberapa aneurisma intracranial dan pada arteri-arteri karotis untuk menurunkan risiko terjadinya stroke.

2. Evidence Based Practice

Penelitian oleh Zhang et. al. (2017) terkait penggunaan intervensi keperawatan yang meningkatkan kualitas mengunyah, kualitas hidup, pencegahan resiko

pulmonary, dan kepuasan pada pasien stroke. Intervensi keperawatan ini terdiri dari intervensi psikologi (dukungan keluarga dan tenaga kesehatan), pendidikan kesehatan (video dan gambar terkait disfungsi mengunyah), latihan rehabilitasi (penggunaan kartu dengan huruf dan karakter, cara penyebutan, latihan otot lingual dan masticatori, latihan buka mulut, latihan otot pipi dan tenggorokan dan latihan pencernaan), dan intervensi diet.

3. Asuhan Keperawatan

Berikut ini beberapa diagnose yang dapat ditegakkan dalam menghadapi klien dengan stroke (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2013; Gulanick & Myers, 2016; Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013; NANDA International, 2014):

- ✓ Perfusi jaringan tidak efektif
- ✓ Masalah Kolaborasi: Perdarahan
- ✓ Risiko Aspirasi
- ✓ Gangguan mobilitas fisik
- ✓ Risiko Hipertermia
- ✓ Risiko kerusakan integritas kulit
- ✓ Masalah Kolaborasi: Risiko Terjadinya Kontraktur
- ✓ Defisit perawatan diri
- ✓ Risiko Terjadinya Cedera
- ✓ Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- ✓ Gangguan komunikasi verbal
- ✓ Risiko terjadinya abrasi kornea
- ✓ Proses berpikir terganggu
- ✓ Gangguan persepsi sensori: visual

- ✓ Negleksi unilateral
- ✓ Koping tidak efektif
- ✓ Diagnosa keperawatan jiwa: Gangguan proses keluarga, aktivitas diversional berkurang, kecemasan, rasa takut, ketidakberdayaan, harga diri rendah situasional dan isolasi sosial.

Pengkajian

Dibutuhkan pengkajian yang berlangsung terus-menerus pada semua sistem tubuh. Penggunaan alat pengkajian neurologis yang standar seperti GCS membantu perawat dalam mendokumentasikan perubahan pada status klien dan dalam memonitor kemajuannya. Skala Stroke NIH juga biasanya dikaji. Selain pengkajian neurologis, tekanan darah klien, bunyi jantung, denyut jantung dan iramanya, jumlah napas dan iramanya, suhu tubuh, tingkat nutrisi, kemampuan dalam menelan, eliminasi urin dan usus, serta komunikasi perlu juga dikaji. Kebutuhan psikososial serta belajar klien dan keluarga harus dikaji setiap hari.

Diagnosis keperawatan:

Perfusi jaringan tidak efektif.

Perfusi serebral dari serebrum merupakan hal yang penting untuk bertahan hidup dan hasil jangka panjang. Oleh sebab itu, hal tersebut harus menjadi prioritas pertama dalam perawatan klien dengan stroke akut. Penurunan aliran darah serebral bisa terjadi karena trombus, embolus, perdarahan, edema atau spasme. Pengkajian dan intervensi yang berkelanjutan dibutuhkan sampai saat setelah tahapan kritis.

Hasil yang diharapkan (NOC):

Perfusi jaringan serebral pada klien akan meningkat ditandai dengan TIK kurang dari 15 mmHg, tekanan perfusi serebral lebih besar dari 65 mmHg, tidak ada tipe gelombang A (ketika menggunakan monitor intracranial), tidak ada laporan sakit kepala, tidak ada penurunan tingkat kesadaran dan skor GCS stabil atau meningkat.

Intervensi (NIC)

- Pengkajian berkala untuk data-data tersebut mungkin dibutuhkan hamper setiap 15 menit untuk klien yang tidak stabil dan setiap 2-4 jam untuk klien yang stabil. Analisa data untuk kecenderungan yang terjadi dan jika kondisi neurologis klien memburuk, beritahu dokter. Manifestasi dari kondisi yang terus memburuk, seperti penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi motoric atau sensoris, perubahan pupil, kesulitan pernapasan dan terjadinya penurunan penglihatan, persepsi atau afasia.
- Pertahankan tekanan darah klien dalam rentang yang ditetapkan oleh dokter untuk mempertahankan perfusi tanpa meningkatkan kondisi edema serebral. Tinggikan kepala dari tempat tidur 30 derajat untuk mengurangi edema serebral. Pertahankan kepala klien dalam posisi netral untuk meningkatkan aliran vena.
- Berika obat yang sudah ditentukan untuk meningkatkan perfusi serebral. Agen antikoagulan atau antiplatelet digunakan untuk menurunkan risiko pembentukan thrombosis lebih lanjut. Nimodipin, penyekat kanal kalsium, digunakan untuk mengatasi vasospasme sekunder akibat dari

perdarahan subarachnoid.

- Delirium dan kegelisahan harus dikontrol dengan sedative, jika perlu. Namun, pastikan bahwa gelisah bukan hasil dari akibat pengobatan, seperti hipoksia, kandung kemih penuh, sumbatan dalam usus, atau nyeri. Memasang alat pengekang pada klien harus dihindari karena bisa meningkatkan agitasi dan TIK.
- Mengedan pada saat buang air atau dengan batuk yang berlebihan, muntah, mengangkat sesuatu atau penggunaan lengan untuk mengganti posisi harus dihindari karena maneuver Valsava bisa meningkatkan TIK. Laksatif ringan dan pelunak feses biasanya diberikan.

C. Latihan

1. Berikut ini yang dapat dilakukan pada identifikasi awal untuk manajemen medis pada kasus stroke adalah, kecuali....
 - a) Tingkat kesadaran, respons pupil terhadap cahaya, lapangan pandang, pergerakan ekstremitas, cara berbicara, sensasi, reflex, ataksia, dan tanda-tanda vital.
 - b) Tekanan intracranial
 - c) Riwayat kesehatan
 - d) Riwayat hipertensi
 - e) Riwayat vertigo
2. Pemeriksaan elektrokardiografi pada pasien stroke digunakan untuk mendeteksi...
 - a) Hipertensi
 - b) Tamponade jantung
 - c) Fibrilasi atrium

- d) Sinus
 - e) Ritme
3. Hal pertama yang dapat kita lakukan saat menghadapi pasien dengan suspek stroke adalah...
- a) Tes laboratorium
 - b) Elektrokardiografi
 - c) Mempertahankan oksigenasi
 - d) CT scan
 - e) Mengukur tanda-tanda vital

D. Kunci Jawaban

- 1. E
- 2. C
- 3. C

E. Referensi

- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan medikal bedah: manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan*. Elsevier (Singapore).
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. M., & Wagner, C. (2013). *Nursing Interventions classification (NIC) (6th Indone.)*. Elsevier Singapore Lte Ltd.
- Gulanick, M., & Myers, J. L. (2016). *Nursing care plans: diagnoses, interventions, and outcomes*. Elsevier Health Sciences.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC): (5th Indone.)*. Elsevier Singapore Lte Ltd.
- NANDA International. (2014). *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2015-2017*. (T. H. Herdman & S. Kamitsuru, Eds.) (10th ed.). United Kingdom: Wiley Blackwell.
- Zhang, Rui., Ju, Xin-Mei. (2017). Clinical improvement of nursing intervention in swallowing dysfunction of elderly stroke patients. *Biomedical Research*, 96(6).



Universitas
Esa Unggul